

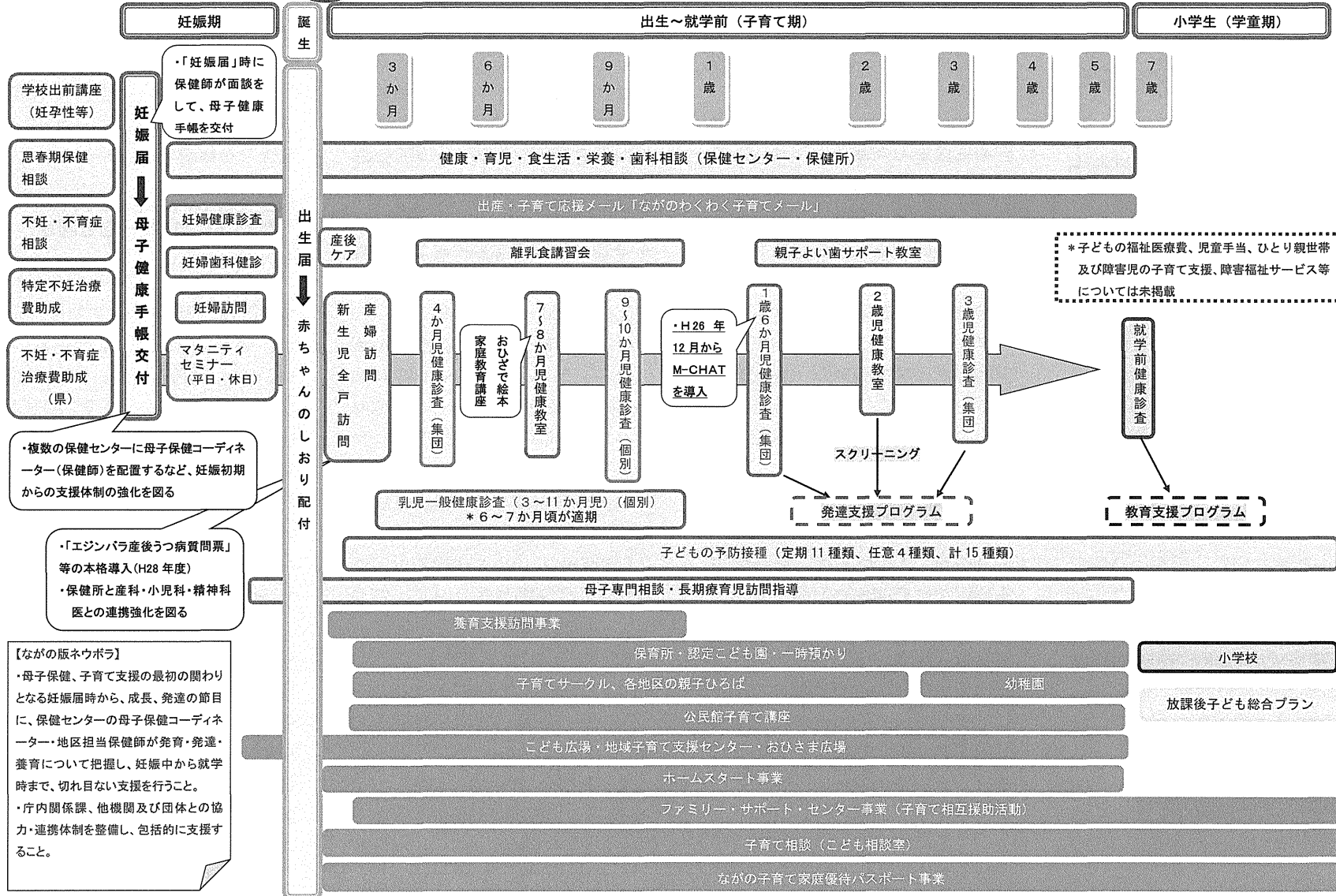


# 長野市母子保健・子育て支援の体系概要

平成 27 年 11 月  
長野市保健所健康課作成

出産前後

ながの版ネウボラ：妊娠・出産～子育て期に至るまでの切れ目のない母子保健及び子育て支援



## 実現し得る産後うつ病の 予防対策とは

長野県精神保健福祉センター

小泉 典章

赤沼 智香子

須坂市健康福祉部健康づくり課母子支援係

### はじめに

「健やか親子21(第1次)」の妊娠・出産に関する安全と快適さの確保と不妊への支援の課題において、産後うつ病の発生率を減少傾向とする目標が挙げられ、さらに

「健やか親子21(第2次)」においても、切れ目ない妊産婦・乳幼児への母子保健対策で、産後うつ病の対策が挙げられています。母子保健事業は、県から市町村(平成25年4月から未熟児の養育支援等も)に委譲されており、市町村の母子保健事業の充実は大きな課題です。

産後うつ病は出産後の15〜20%の産婦に見られるといわれており、育児不安や育児疲れとして見

逃されがちです。産後うつ病では、嬰児殺や自殺も起こり得る疾患だという啓発活動も必要です。

県立須坂病院と須坂市、小布施町、高山村、長野県精神保健福祉センター(以下、「当センター」という)が、平成25年度から医療機関と市町村と連携して、「エンジンバテ産後うつ病質問票(以下、「EPDS」という)を導入し、産後うつ病の早期発見や、事例検討会等を通して連携した支援の取り組みを始めました。周産期のメンタルヘルス不調者が増加している中で、産後うつ病の早期発見・早期支援や、虐待防止の観点から、医療機関と市町村との連携した支援は画期的だと思われま

す。平成26年度からは、須坂市は厚生労働省の「妊娠出産包括支援モデル事業」に取り組み、母子健康手帳交付時の面接なども始めています。これらを通して見えてきた妊産婦の気持ちや不安など、妊産婦が地域で安心して妊娠・出産・育児をすることができるための母子保健の市町村ベースでの取り組みについて紹介します。

### 県立須坂病院と市町村の連携 による妊娠・出産・育児を支 える体制づくり

早い時期から妊婦の気持ちを把握し、援助を必要としている妊産婦への早期支援につなげていくため、県立須坂病院では出生全例の産婦にEPDSを産科退院時と小児科1か月健診時に、また、須坂市、小布施町、高山村の市町村では乳児家庭全戸「こんにちは赤ちゃん」訪問時に、導入しています。

この取り組みは、医療機関と地域母子保健がタイアップしているところが稀有な試みであり、以下のようないきなりデータが得られました。須坂病院で出産した107人の須坂市在住の産婦(須坂病院出産例のほぼ半数)を、「こんにちは赤ちゃん」訪問まで、EPDS得点を継続的に追った結果は次のとおりでした。産科入院時、小児科1か月健診時、「こんにちは赤ちゃん」訪問時のEPDS得点の平均を見ていくと、得点の平均は時間の経過とともに下がっています。逆に、EPDS得点が高くなった事例には、夫との関係、育児を支える環境、若年出産や乳児の疾患、先に生まれた

兄弟の育児等の問題がかかわっている傾向があり、注意を要します。

これらの産婦で継続支援が必要なケースには、担当保健師が電話や1か月健診などで様子の確認を行っています。また、医師会の産科・小児科、精神科医会にもフォローへの協力を要請しています。

### 周産期メンタルヘルスケア 実務検討会(月1回の開催)

検討会では、フォローが必要なケースについて、病院や市町村のかかわり、今後の支援の方向性を確認しています。参加メンバーは、須坂病院の小児科や産科の医師、助産師・看護師、MSW(Medical Social Worker:医療ソーシャルワーカー)、須坂市・小布施町・高山村の保健師です(スーパバイザーは、当センター医師および国立成育医療研究センター(こころの診療部医師)。

須坂病院で出産された方以外でも、特定妊婦(出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦)や要保護児童、メンタルに不調を抱えた妊産婦に関し検討し、小児科受診や予防接種の機会に状況を把握できるような情報共有が可能となりました。

平成26年度妊娠出産包括支援  
モデル事業(厚生労働省)

(1) 母子保健相談支援事業

保健師を母子保健コーディネーターとして配置し、平成26年4月から母子健康手帳交付時に全妊婦と面接、いままでは産後にフォローとなっていたようなケースも早くから把握ができ、特定妊婦として養育支援訪問事業につなげて継続した支援を行う体制が整ってきました。

初回面接時に当センター作成のパンフレット「産後のこころの健康」を全員に配付し、産後うつ病について情報提供しています。

(2) 産前産後サポート事業

産前産後に妊産婦への継続した児の養育発達に関する相談支援を行うため、助産師や保健師による家庭訪問を実施しています。

(3) 産後ケア事業

須坂市では平成12年度から、宿泊ケアを長野市にある助産所に委託して実施してきましたが、モデル事業を契機に、県立須坂病院のベッドを利用して宿泊ケアとデイケアを利用できるよう委託契約しました。利用者は状況に応じて、母体管理および生活面での指導、乳房管理

の指導、沐浴や授乳等育児指導等を受けることができます。

この事業を委託するにあたり、利用者が精神科の受診が必要となる場合に備え、長野赤十字病院産婦人科および精神科に協力医療機関をお願いしました。

母子健康手帳交付時の面接

妊産婦が穏やかな妊娠期を過ごし、安心・安全な出産ができることや、妊婦が抱える悩み等を把握し必要に応じて関係機関との連携や継続支援につなげることを目的に、妊娠の受け止め、支援者の有無、精神科等への受診歴、経済状況、不安などの内容を聞き取っています。

平成26年11月からは、母子手帳交付時にEPDSも併せて行っています。面接では、つわりや流・早産など妊娠経過に関することや胎児に関する事、入院時の園への送迎、兄弟に関する不安等などが多く聞かれます。

産後うつ病の早期発見・対応マニュアルの作成と研修会の開催

平成26年度に、須坂地域をモデ

ルとした産後うつ病の予防対策の普及のハンドブックである「産後うつ病の早期発見・対応マニュアル」を当センターが作成しました。EPDSを用い、産後うつ病の早期発見・対応ができることを目的に、全県の産科・関係医療機関、県助産師会および全市町村に配付しました。この対応マニュアルには、3点セットと呼ばれる「育児支援チェックリスト」と「赤ちゃんへ気持ち質問票(ボンディング)」も掲載しています。

また、平成27年3月に松本市で全県の保健師、助産師に、産後うつ病に関する情報を普及するため、そのマニュアルをテキストにして、「産後うつ病の早期発見・対応のための研修会」を開催しました。

おわりに

子育てに関して、精神保健の立場から考えても、少子化・高齢出産など妊娠・出産を巡る状況は、かつてとは異なります。産後うつ病により育児などが困難になることは、児との関係にも影響するため、早期に気づき、支援することが大切です。

いままでは、母子へのかかわりは

出産後からが中心であり、乳児家庭全戸訪問や1か月健診でも母親よりも児に焦点を当てていたように思われます。EPDSを導入したことで、妊産婦や家族の気持ちに目を向け客観的にとらえることができ、産婦の気持ちの変化を追うことができるようになりました。

早期の支援や連携が整えられてきている現在でも、精神疾患を抱えている事例や家族間の調整が困難な事例が増えてきています。妊産婦が地域で安心して子育てができ、すべての子どもの健やかな成長のために、今後もEPDSの活用や検討会等を通して、医療機関と連携した手厚い支援を継続していきたいと考えています。

参考文献

- 1) 岡野慎治、村田真理子、増地聡子、玉木領司、野村純一、富岡等、北村俊則：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の信頼性と妥当性。精神科診断学、7:525-533、1996。
- 2) 鈴宮寛子、山下洋、吉田敬子：産後の母親にみられる抑うつ感情とポステイディング障害：自己質問紙を活用した産前産後精神保健における支援方法の検討。精神科診断学、14:49-57、2003。
- 3) 小泉典章：長野県における医療計画策定経過と概要―今後の医療計画の見取り図と連携。精神神経学雑誌、116(2):563-569、2014。
- 4) 小泉典章：病院と行政との連携による、母子の周産期メンタルヘルス支援。厚生労働科学研究分担報告書、母親のメンタルヘルスや育児を支援する多職種地域連携システムの研究―母子保健におけるOPNET。2015。
- 5) 小泉典章、伊藤寛紀：精神保健と母子保健の協働。精神科治療学、30(2):265-270、2015。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））  
分担研究報告書

産前および産後のうつ病予防における適切なサポートのタイミングについての研究

研究分担者 竹原健二（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）  
研究協力者 柳川侑子（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

研究要旨

わが国の母子保健政策において、産前・産後のうつ病の予防や早期発見は一つの重要な課題となっている。本研究では、産前から産後にかけて収集された縦断的な既存データを用いて、産前・産後の女性に対する家族の支援の必要性やより有効なタイミングを検討することを目的とした。

本研究は平成 24 年から 26 年度に東京都世田谷区で実施された、1717 人の妊婦を対象とした追跡調査のデータのうち、分析の対象基準を満たした 1290 人のデータを用いた。妊娠期から産後 3 か月の 4 時点において、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)を用いて、対象者の産前・産後のうつを評価した。それぞれの時点の EPDS と家族からのサポートの関連について二変量・多変量解析をおこなった。

結果として、パートナーからの妊娠 20 週時や産後 3 か月時の精神的なサポートと、産後数日時の実母や義母からの家事・育児サポートのような物理的なサポートは、産後うつのリスク低減に寄与することが示唆された。

A. 研究目的

国際的には、産後うつの有病割合は約 13%にのぼると言われている。わが国でも、産後うつは改善すべき主要な母子保健課題として、健やか親子 21 における評価指標の一つに取り上げられている。様々な対策によって、わが国における産後うつの有病割合は減少しつつあるものの、平成 25 年度には 8.4%であったことが知られている。

産後うつはパートナーや家族への影響があることに加え、母子関係の構築や子どもの発育発達にも悪影響を及ぼすことが、すでに多くの研究によって明らかにされている。産後うつは自殺につながる可能性があるため、死亡率の低い先進国にとっては、妊産婦死亡の主要な原因の一つとなっている。

産後うつに関する系統的レビューの結果から、母親を取り巻くサポートが不足する

ことは産後うつの重要なリスクになることが明らかにされている。こうした文脈において、サポートは情報提供、身体的サポート、精神的サポート、評価的サポート、道具的サポートなど、サポートの性質や目的に応じて分類されている。また、その担い手として、家族や友人、ピアの存在が挙げられている。こうした様々なサポートの種類や担い手のなかでも、特にパートナーや家族による精神的なサポートの有無が、産後うつのリスクに大きな影響を与えると考えられている。産後うつは主に産後 3 か月間に多いとされており、この時期のサポートのありようについて検討することは、極めて重要である。しかし、産後うつ予防にもたらず、家族・社会的なサポートの影響について、横断的データを用いた解析は数多くおこなわれているものの、縦断的なデータをもとにした検討は十分におこなわ

れているとは言えない。そのため、サポートが特に必要となる時期など、「サポートが特に欠かせないタイミング」についての知見や考察が乏しいのが現状である。

そこで、本研究では、産前・産後の女性のメンタルヘルスに関するデータを有する既存データを用いて、産後の複数の時点において、産後の女性のメンタルヘルスの状態とサポートの有無の関連について解析をおこない、サポートが必要なタイミングを考察することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 解析に用いたデータソース

本研究では、平成 24 年度から 26 年度にかけて実施された厚生労働省の研究班（研究代表者：久保隆彦）が収集したデータを用いた既存データの解析をおこなった。そのデータは平成 24 年 12 月から 2013 年 5 月にかけて世田谷区内の 14 か所すべての産科施設に妊婦健診に訪れた女性を対象に、妊娠 20 週から産後 3 か月まで追跡をした調査である。調査方法の詳細は、当該研究班の研究報告書を参照願いたい。

### 2. 分析対象者

本研究では、妊娠 20 週と産後数日の両方の質問票に回答をした 1311 人の女性のうち、多胎であった 21 人を除いた 1290 人を本研究の分析対象者とした。これらの対象者について、妊娠 20 週、産後数日、1 か月、3 か月時の計 4 時点のデータを用いた。

### 3. 質問項目

対象者のメンタルヘルスの状態は Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) を用いて評価した。EPDS は上記の 4 時点すべてで回答を得た。EPDS のカットオフは多くの先行研究などと同様に、8/9 点を用い、EPDS が 9 点以上の場合、産前・産後うつリスクあり、と判定した。

精神的なサポートと家事・育児などの物理的なサポートについては、パートナーからのサポートについては上記の 4 時点すべてで、実母や義母からのサポートについては、産後の 3 時点で回答を得た。精神的サポートについては、「1. よく支えてくれる」から「4. まったく支えてくれない」の 4 段階で回答を得た。物理的サポートについては、「1. よく手伝ってくれる」から「4. まったく手伝ってくれない」の 4 段階で回答を得た。精神的サポートも物理的サポートも、いずれも 2/3 をカットオフ値とし、前者を「サポートあり」、後者を「サポートなし」と定義した。

### 4. 統計解析

まず、対象者の属性や EPDS が 9 点以上の者の頻度を集計した。次に、精神的・物理的サポートと EPDS の関連について、二変量解析および多変量解析をおこなった。多変量解析のモデルには、分娩歴や対象者の年齢、学歴、就労状況、精神科既往歴、望まない妊娠であったかどうか、など、先行研究をレビューして交絡となりえると判断された項目が投入された。なお、すべての解析は SPSS19 を用いて実施された。

#### （倫理面への配慮）

本研究で用いたデータは、収集に先立ち、国立成育医療研究センターの研究倫理委員会の承認を得ている（承認番号 627）。

## C. 研究結果

分析対象となった 1290 人の女性はいずれも単胎であり、平均年齢は 34.3 歳（標準偏差 ± 4.4）、58.8% が大卒以上、76.9% は世帯年収が 500 万円以上であった。妊娠 20 週の時点で仕事をしている者は 59.0% であり、常勤職が 40.6% であった。全体の 99.8% の女性はパートナーがおり、12.4% は精神科既往歴あり、と回答していた（表 1）。

調査を実施した4時点のいずれにおいても、パートナーからの精神的なサポートが得られた回答した者は95%以上であった(表2)。パートナーからの物理的なサポートが得られたと回答した者も同様に、89.7%-99.2%と高い値を示した。

産後の実母・義母からの精神的・物理的サポートは、産後の3時点ではほぼ同様に90%前後で推移していた。産後3か月時の物理的サポートは78.7%であった。

多変量解析の結果、パートナーからの精神的サポートがないと、女性のうつのリスクは妊娠20週時で8.2倍(Adjusted Odds Ratio (AOR):8.16, 95% Confidence Interval (CI):3.39-19.66)、産後3か月時で2.8倍(AOR:2.82, 95%CI: 1.13-7.00)高くなることが示された(表3-1, 3-2)。産後数日と産後1か月時の女性のメンタルヘルスとパートナーの精神的サポートには関連がみられなかった。

産後数日時の実母・義母による精神的サポートがないと、産後うつのリスクが2.1倍(AOR:2.11, 95%CI:1.13-3.94)高くなることが認められた。物理的サポートの有無は産前・産後の女性のメンタルヘルスとは関連がみられなかった。

#### D. 考察

本研究で、パートナーからの精神的なサポートは妊娠期と産後3か月時に、実母・義母からの精神的サポートは産後すぐが、女性のメンタルヘルスにとって特に重要な時期である、ということが示されたのは一つの成果だと考えられる。妊娠期にメンタルヘルス不調になることは、産後うつなどメンタルヘルス不調の大きなリスク要因になることが知られている。そうした観点からも、妊娠期のパートナーによるサポートの重要性は中・長期的に妊産婦のメンタルヘルスに影響を及ぼすとも推察できる。妊

娠期のパートナーによるメンタルサポートについて、具体的な内容までは言及できない。また、妊娠20週ごろの妊婦のパートナーには保健医療従事者および保健師などの公衆衛生の関係者は、なかなか接触を図ることが難しい。妊娠期からのパートナーによる精神的サポートの重要性や、具体的な方策を周知する方法について検討することが次なる大きな課題になると言えよう。

これまでの先行研究によって、家族からのサポートが産前・産後の女性のメンタルヘルスと関連することを明らかにするような研究は数多くおこなわれてきたが、サポートのより重要なタイミングについては十分な根拠が示されていなかった。また、サポートの有用性についても、効果があると主張する論文と、効果が認められないと主張する論文に分かれており、いまだに決定的な知見が得られるには至っていない。研究ごとに調査の実施時期やサポートの定義にばらつきがみられるため、そういった影響もある可能性は否定できない。今後、更なる研究が必要であると考えられる。

#### E. 引用文献

- 1) 久保隆彦. 妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)平成25年度総括・分担研究報告書. 2014.

#### F. 研究発表

1. 論文発表: なし
2. 学会発表: なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

表1. 対象者の属性

	(n = 1290)	
	n	%
年齢(平均値±標準偏差)	34.3 ± 4.4	
パートナーの有無		
あり	1282	99.8%
就労状況		
常勤	524	40.6%
非常勤	159	12.3%
その他	78	6.0%
専業主婦	529	41.0%
学歴		
中卒・高卒	141	11.0%
短大・専門学校卒	388	30.1%
大卒以上	757	58.8%
年収		
200万円未満	17	1.3%
200-499万円	278	21.7%
500-999万円	592	46.3%
1000万円以上	392	30.6%
望まない妊娠		
あり	55	4.3%
妊娠前の精神科既往歴		
あり	160	12.4%
在胎週数(平均±標準偏差)	39.4 ± 1.21	
分娩様式		
経膈分娩	1051	82.2%
予定帝王切開	127	9.9%
緊急帝王切開	11	7.9%
無痛分娩		
あり	390	30.4%
出産に対する満足感		
とても満足	755	58.8%
満足	457	35.6%
やや不満	60	4.7%
とても不満	11	0.9%

表2. 産前・産後におけるパートナーおよび実母・義母からの精神的・物理的サポートの提供状況

	妊娠20週		産後数日		産後1か月		産後3か月	
	n	%	n	%	n	%	n	%
パートナー								
精神的サポートあり	1258	98.0%	1256	97.7%	1128	97.7%	1110	95.9%
物理的サポートあり	1147	89.7%	1213	94.2%	1099	95.3%	1086	93.8%
実母・義母								
精神的サポートあり			1204	93.8%	1085	94.0%	1076	92.8%
物理的サポートあり			1159	90.5%	1002	87.0%	911	78.7%

表2-1. サポートの有無とEPDSによる産前・産後の女性のメンタルヘルスの状態に関する二変量・多変量解析

	妊娠20週							産後数日						
	EPDS-		EPDS+		Crude	Adjusted	95%	EPDS-		EPDS+		Crude	Adjusted	95%
	n	%	n	%	OR	OR	CI	n	%	n	%	OR	OR	CI
パートナーからの精神的サポート														
あり	1092	91.5%	102	8.5%	Ref=1	Ref=1		1082	86.8%	165	13.2%	Ref=1	Ref=1	
なし	14	53.8%	12	46.2%	9.18	8.16	3.39-19.66	22	75.9%	7	24.1%	2.09	1.64	0.58-4.58
パートナーからの物理的サポート														
あり	991	91.1%	97	8.9%	Ref=1	Ref=1		1047	87.0%	157	13.0%	Ref=1	Ref=1	
なし	109	85.8%	18	14.2%	1.69	1.56	0.87-2.80	60	80.0%	15	20.0%	1.67	1.90	0.95-3.78
実母・義母からの精神的サポート														
あり	-	-	-	-	-	-		1046	87.4%	151	12.6%	Ref=1	Ref=1	
なし	-	-	-	-	-	-		57	73.1%	21	26.9%	2.55	2.11	1.13-3.94
実母・義母からの物理的サポート														
あり	-	-	-	-	-	-		1000	86.9%	151	13.1%	Ref=1	Ref=1	
なし	-	-	-	-	-	-		103	84.4%	19	15.6%	1.22	1.01	0.54-1.89

表2-2. サポートの有無とEPDSによる産後の女性のメンタルヘルスの状態に関する二変量・多変量解析

	産後1か月							産後3か月						
	EPDS-		EPDS+		Crude	Adjusted	95%	EPDS-		EPDS+		Crude	Adjusted	95%
	n	%	n	%	OR	OR	CI	n	%	n	%	OR	OR	CI
パートナーからの精神的サポート														
あり	979	88.4%	129	11.6%	Ref=1	Ref=1		1042	94.3%	63	5.7%	Ref=1	Ref=1	
なし	18	69.2%	8	30.8%	3.37	2.28	0.80-6.52	34	72.3%	13	27.7%	6.32	2.82	1.13-7.00
パートナーからの物理的サポート														
あり	949	87.9%	131	12.1%	Ref=1	Ref=1		1017	94.9%	65	6.0%	Ref=1	Ref=1	
なし	46	86.8%	7	13.2%	1.10	0.97	0.38-4.05	60	84.5%	11	15.5%	2.87	1.90	0.80-4.55
実母・義母からの精神的サポート														
あり	944	88.6%	122	11.4%	Ref=1	Ref=1		1004	93.7%	68	6.3%	Ref=1	Ref=1	
なし	52	76.5%	16	23.5%	2.38	1.99	0.98-4.05	73	89.0%	9	11.0%	1.82	1.11	0.43-2.85
実母・義母からの物理的サポート														
あり	868	88.1%	117	11.9%	Ref=1	Ref=1		850	93.6%	58	6.4%	Ref=1	Ref=1	
なし	126	85.7%	21	14.3%	1.24	1.48	0.84-2.58	226	92.2%	19	7.8%	1.23	1.27	0.67-2.41

※妊娠20週時の多変量解析では、年齢、就労状況、学歴、年収、望まない妊娠、妊娠前の精神科既往歴で調整

※産後3時点の多変量解析では、年齢、就労状況、学歴、年収、妊娠前の精神科既往歴、分娩時の母子の健康状態、無痛分娩、児の性別にて調整



## 児童虐待を予測する産後スクリーニングについての研究

研究分担者 久保隆彦（長野県精神保健福祉センター）  
                  立花良之（国立成育医療研究センターこころの診療部  
                                乳幼児メンタルヘルス診療科）

### 研究要旨

日本の母子保健では、産後の母親に対する保健師の全戸訪問などで、母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として用いられている「三つの質問票」である、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストが、養育不全や児童虐待のスクリーニングとしてどのくらいの検出力をもつかについて検証することを目的とした。

平成 24 年度から 26 年度に東京都世田谷区で行われたコホート調査のデータから、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票や育児支援チェックリストがどの程度児童虐待を予測するかを検討した。産後 1 か月で行われた赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病評価尺度の各項目を独立変数として、産後 3 か月で行われた児童虐待の質問紙（徳永ら）のカットオフ値（3/ 4 点：虐待傾向、6/7 点：虐待）を従属変数として、それぞれの従属変数についてロジスティック回帰分析を行った。また、それらをもとに、ROC 曲線を描き、曲線下面積の値から検出力について検討した。

虐待傾向については、赤ちゃんへの気持ち質問票の 2 項目、育児支援チェックリストの 1 項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は 0.76 であった。虐待については、赤ちゃんへの気持ち質問票の 3 項目、育児支援チェックリストの 1 項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は 0.93 であった。

本研究により、3 点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった。また、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの項目の中でも児童虐待のアセスメントにとりわけ重要な項目があり、それらについて母子保健関係者が注意していくことの重要性が示唆された。

### A. 目的

日本の母子保健では、産後の母親に対する保健師の全戸訪問などで、母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児

支援チェックリストのいわゆる「3 点セット」が広く用いられている。この「3 点セット」は、養育不全や児童虐待のスクリーニングとしても重要な役割を担っているが、どのくらいの検出力を持っているか明らかになっておらず、本研究ではその検出力に

について検証することを目的とした。

## B. 方法

平成 24 年度から 26 年度に東京都世田谷区で行われたコホート調査のデータから、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票や育児支援チェックリストがどの程度児童虐待を予測するかを検討した。コホート調査は、世田谷区内の全分娩施設（14 施設）で平成 24 年 12 月から平成 25 年 3 月までに分娩予約を行った妊婦のうち研究協力に同意した妊婦に対し行った。

産後 1 か月で行われた赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病評価尺度の各項目を独立変数として、産後 3 か月で行われた児童虐待の質問紙（徳永ら）のカットオフ値（2/3 点：虐待傾向、6/7 点：虐待）を従属変数として、それぞれの従属変数についてロジスティック回帰分析を行った（以下、それぞれ解析 1、解析 2 とする）。また、それらをもとに、ROC 曲線を描き、曲線下面積（AUC）の値から検出力について検討した。

解析対象者を解析 1 の予測確率の高い順にした際に、児童虐待のカットオフ値（2/3 点）で児童虐待陽性となる人数と同数の上位の予測確率の対象者を陽性、それ以外を対象者を陰性とした場合の、陽性的中率及び陰性的中率を求めた。

解析 2 についても、児童虐待のカットオフ値（6/7 点）を用いて、陽性的中率及び陰性的中率を求めた。

## C. 結果

コホート調査の流れを図 1 に示す。

解析 1（虐待傾向についての予測）

AUC 0.73、感度 0.64、特異度 0.71、陽性的中率 25.0%、陰性的中率 91.4%とな

った（図 1、表 1）。

解析 2（虐待についての予測）

AUC 0.95、感度 0.88、特異度 0.86、陽性的中率 47.7%、陰性的中率 99.1%であった（図 2、表 2）。

## D. 考察

本研究により、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3 点セット」が児童虐待や児童虐待傾向に対し、高い感度・特異度・要請的中率・陰性的中率を持ち、児童虐待検出のスクリーニングとして優れていることが明らかとなった。

母子保健関係者が産後の母親に対し「3 点セット」をスクリーニングとして用いることは、児童虐待のリスクのある母親の早期発見・早期介入に有効であると考えられる。

## E. 結論

エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3 点セット」が児童虐待や児童虐待傾向に対しスクリーニングとして高い精度を持ち、児童虐待予防のための産後のスクリーニングとしての有効性が示された。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

（英文原著）

1. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, Inoue E, Ota E, Yoshida K, Kasai K, Okuyama M, Kubo T

Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. PLOS ONE; doi: 10.1371/journal.pone.0142410, 2015.

2. Konishi M, Tachibana Y, Tang J, Takehara K, Kubo T, Hashimoto K, Kitazawa H, Saito H, Ohya Y A Comparison of Self-Rated and Female Partner-Rated Scales in the Assessment of Paternal Prenatal Depression. Community Mental Health Journal, 2015.

(和文原著)

なし

(学会発表)

1. 立花良之、竹原健二、掛江直子、森臨太郎、小泉智恵、辻井弘美、大田えりか、葛西圭子、山下洋、吉田敬子、久保隆彦 「エジンバラ産後うつ評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3点セット」による養育不全・児童虐待の検出力の検討」、第12回日本周産期メンタルヘルス学術集会、宇都宮、2015年11月1日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

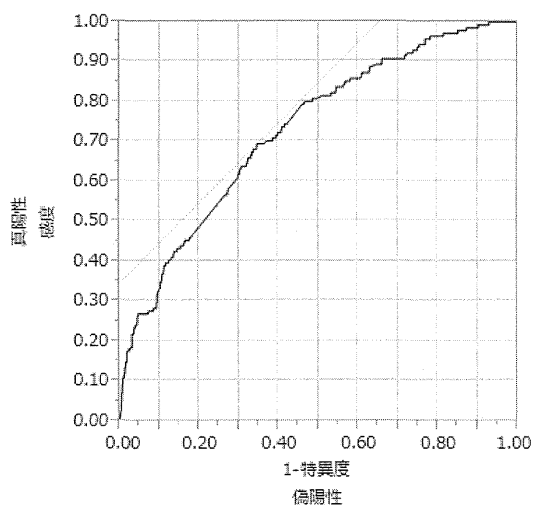
2. 実用新案登録

なし

3. その他

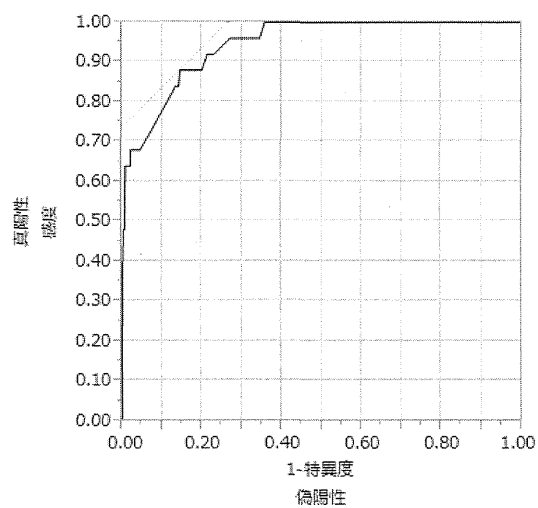
なし

図 1



		虐待傾向		合計
		なし	あり	
虐待傾向 予測	陰性	992	93	1085
	陽性	93	31	124
合計		1085	124	1209

図 2



		虐待		合計
		なし	あり	
虐待予測	陰性	1177	11	1188
	陽性	11	10	21
合計		1188	21	1209

妊娠中と産後のうつ病の予防・治療に関する  
コクランレビューのオーバービューレビュー

研究分担者 森臨太郎（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）  
研究協力者 大田えりか（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）  
Nnorom Chioma Ezinne（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）  
立花良之（国立成育医療研究センターこころの診療部  
乳幼児メンタルヘルス診療科）

研究要旨

妊娠中および産後のうつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼすだけでなく、グローバルな規模での負担となり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、妊娠中および産後のうつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。本研究では、妊娠中および産後のうつ病の社会心理的および心理的な予防・治療介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのみからのエビデンスを要約する。3つのコクランレビューが該当した。このオーバービューレビューは、治療法のプロトコールに関するエビデンスに基づいた最適な治療についての政策決定に有用となり、患者や臨床家にとっての有効な指針ともなりうる。今後の研究としては、妊娠中のうつ病の予防介入の効果に関する系統的レビューが存在しなかったため、プロトコールを作成した。

A. 研究目的

産後うつ病は、産後、あるいは出産年齢時の女性がかかるグローバルな精神疾患である。産後うつ病の特徴としては、慢性的な低気分、喜びの欠如、反社会的行動、自殺念慮や他のネガティブな症状があげられる。産後うつ病の分類に関しては一致したものはないが、ICD-10（出産後6週間以内）やDSM-5（妊娠期間内や出産後4週間以内の発現）に示されるような発現は広く受け入れられている。産後うつ病は、出産後1年にまで及び、5年以内には40%の再発率があることを記しておくべきであろう[1-3]。

産後うつ病は、出産前に経験したうつ病の延長でもありうる。その期間は重症度とポジティブに相関する。産後うつ病の平

均発症率は13%であり、現在の発症率は10-15%とされている[4]。産後うつ病は、他の認知機能、感情、社会及び乳幼児の疾病とも関連があるとされている。産後うつ病は、産後の主要な死因である。また、核家族にせよ大家族にせよ、結果として起こるネガティブな社会的結果による家族への影響は計り知れない。

産後うつ病の要因はいくつもの要因が重なっている。遺伝的要素、ホルモン、心理社会的要素、社会的要素（移民の立場、身体の虐待、社会的サポートの欠如、大きなライフイベント）、身体的要素（養育中のライフスタイルの変化、ホルモン治療からの撤退）などである。授乳中の抗うつ剤の影響や薬の副作用については懸念があり、結果として、治療へのコンプライアンスを

低めることとなり、さらに症状が継続することになる。産後うつ病の治療に効果があるとみられる多面的な治療戦略には、投薬（ホルモンを含む）、心理社会的治療（非指示的カウンセリング）や心理的治療（対人的心理療法、認知行動療法）が含まれる[5-7]。本研究では、その中でも心理社会的や心理的な予防介入で妊娠中や産後のうつ病を予防・治療に効果があるのかどうか検証したコクラン系統的レビューを網羅的に検索し、オーバービューレビューとして、ナラティブに結果をまとめることを目的とする。

## B. 目的

このオーバービューレビューの目的は、妊娠中および産後のうつ病の介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのみからのエビデンスを要約するものである。

## C. 方法

出版されているコクラン系統的レビューのうち、妊娠中または産後の女性を対象に、心理的、社会心理的な予防・治療介入が単独あるいは統合された形で実施されたものを網羅的に検索し、該当するものの結果をまとめた。

### このオーバービューレビューに含む研究の基準

#### 研究の種類

このオーバービューレビューでは、妊娠中および産後のうつ病の予防・治療を目的とした社会心理的、心理的な介入の RCT のコクラン系統的レビューをすべて含む。

#### 参加者のタイプ

すべての妊娠女性、産後の女性、または産後うつ病、産後不安やペアレンティング

の問題、子どもの虐待の問題を抱える女性に関するレビューが含まれる。

#### 介入のタイプ

産後うつ病のみの治療か、産後うつ病の治療や、両親のストレスや不安を軽減することを目的とした心理社会的、心理的予防・治療を統合したものが含まれる。

#### アウトカムのタイプ

以下のアウトカムに関して報告された研究を含む。

#### 主要アウトカム

1. うつ尺度での重症度（エジンバラ産後うつ病スケール（EPDS）
2. 両親のストレス
3. 母親の QOL

#### 副次的アウトカム

1. 母親—子どもの相互作用
2. 子どもへの虐待
3. 母親の治療に対する満足度
4. 母親の不安
5. 母親の致死率

#### レビューの探求方法

以下のキーワードにて、コクランデータベースや Archie コクラン情報マネージメントシステムをサーチする。“postpartum depression”、“postnatal depression”、“mental health problems”の用語は、タイトルやアブストラクト、キーワードに限る。他のデータベースは調査しない。

#### データコレクションと分析レビューの選択

二人の著者が、必要と思われるコクランシステマティックレビューを評価する。これにより、妊娠中および産後うつ病の予防・治療を目的とした介入効果を評価し、

目的や、アウトカムと参加者を含めた方法を分析するコクランシステマティックレビューで出版され、適合するものを抽出できる。著者間の不一致はディスカッションで解消するか、第三者を介し解消する。

#### データ抽出と管理

事前に指定されたデータコレクションフォームを使用し、二人の筆者が出版されたシステマティックレビューのデータを個別に抽出する。含まれている研究の手法やエビデンスを評価するアセスメントも、二人の著者によって行われる。

#### データの統合

それぞれの研究のナラティブによる要約は“overview of reviews table”の中で示される。その中には、研究の特徴、GRADEを使って評価したプライマリーアウトカムのエビデンスの質の要約、AMSTARを使ったシステマティックレビューのレーティングが含まれる。” postpartum treatment”のアウトカムに関する最近のデータがない場合は、著者の許可を得たうえで、コクランレビューに適切なプライマリーとセカンダリーアウトカムする。

#### 心理・社会心理的介入

この介入は、影響を受けている個人や社会のメンタル面での行動上の変化を促すものである。心理的なものでは、認知行動療法とインターパーソナル心理療法と2種類が認識されている。両方ともセッションリミットがあり、感情や機能、思考や行動をコントロールすることを目的としている。心理社会的介入としては、ホームビジットを含むサポートティブなインターアクションが含まれる。そこにおいては、クライアントは自由に話をし、聞き手は共感をもって聞くことが期待されている。同じような経験を過去や現在に抱えている人たちが集ま

るサポートグループも、互いに支え合い励まし合う場となる。

#### なぜこのオーバービューレビューを行うことが重要なのか

産後うつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼし、それはグローバルな規模での負担となる。母親は社会の災いのもととなり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、産後うつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。妊娠中および産後のうつ病は、高い再発率が認められ、治療期間など治療法の適切さについて情報が必要である。このオーバービューレビューは、予防・治療介入に関するエビデンスに基づいた最適な治療の政策決定に有用となる。また消費者や臨床家を誘う有効な資源ともなりうる。

#### D. 結果

コクランレビューを網羅的に検索した結果、3本のコクラン系統的レビューが、妊娠中または産後のうつ病の予防または治療介入の効果をみているものだった[8-10]。治療に関しては、妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー[8]、そして産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー[9]の2本が含まれた。また予防に関しては、産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビュー[10]が含まれた。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビューはコクランでは存在しなかった。

- 1) 妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007)[8] アメリカで行われた38名のDSM-IVうつ病と診断された妊娠女性をランダム化し、妊娠中の16週間に専門家による45分間の社会心理的介入のセッションを複数回介入した群と、比較群は育児に関するセッションを同時

間行った研究が一つだけ含まれた [11]。Clinical global impression scale という尺度を用いた介入群のうち病の治療は統計的に有意に効果 RR0.46 (95%CI:0.26-0.83)があった。Hamilton rating scale for depression (カットオフ>6)を用いたうつ病の治療効果は統計的な有意な差 RR0.82(95%CI:0.65-1.03)はみられなかった。この研究のリスクオブバイアスの Allocation concealment は unclear であった。

2) 産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007) [9]

10件のRCTがレビューの適格基準に該当した。そのうち、9件のRCT(合計参加者数=956名)がレビューのアウトカムを報告しており、メタ分析で統合された。社会心理的・心理的治療介入は通常の産後ケアと比較して、1年以内の産後うつ症状が有意に減少した RR 0.70 (95%CI: 0.60-0.81, 9 trials, 956 women)。EPDS12点以上の人数の割合も、RR 0.44 (95%CI: 0.24-0.80, 2 trials, 81 women)と統計的に有意に減少した。社会心理的介入も心理的介入も両方ともうつ症状を減少させるのに有効であった。

3) 産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入の効果 (Dennis 2013) [10]

このレビューでは、17000名を超える参加者を含む28件のRCTが分析に含まれた。社会心理的または心理的な予防介入を受けた女性は、通常のケアを受けた群と比べて産後うつ病になる割合が統計的に有意に少なかった (RR 0.78, 95% confidence interval (CI) 0.66 to 0.93; 20RCTs, 14,727 women)。いくつかの有効であった介入は、(1)保健師または助

産師が提供する複数回の個別の家庭訪問の提供 (RR 0.56, 95% CI 0.43 to 0.73; 2 RCTs, 1262 women); (2)ピアによるテレフォンサポート (RR 0.54, 95% CI 0.38 to 0.77; 1 RCT, 612 women); (3)対人精神療法 (standardised mean difference -0.27, 95% CI -0.52 to -0.01; 5 RCTs, 366 women)。プロと一般の人の介入は両方ともうつ症状のリスクを減少させる効果があった。個人ベースの介入も (RR 0.75, 95% CI 0.61 to 0.92; 14 RCTs, 12,914 women) 複数人の介入 (RR 0.78, 95% CI 0.66 to 0.93; 16 RCTs, 11,850 women)も両方ともうつ症状を軽減させるのに効果がみられた。産後から介入を始めたものも統計的に有意にうつ症状を軽減させていた (RR 0.73, 95% CI 0.59 to 0.90; 12 RCTs, 12,786 women)。産後うつ病のハイリスク群を特定して介入することは、有意にうつ症状が減少した (RR 0.66, 95% CI 0.50 to 0.88; 8 RCTs, 1853 women)。

## E. 考察

このオーバビューレビューは、社会心理的、心理的介入の予防・治療法が妊娠中および産後のうつ病に有効かどうかを検証した。産後うつ病や産後のうつ症状に関しては数多くのRCTがあり、有効性が明らかになった。とくに、有効な介入の特徴も明らかになってきており、我が国においても介入パッケージの作成が急務である。妊娠中のうつ病に関しては、治療に関してはRCTが1件と少なく、予防に関しては、コクランレビューが存在しなかった。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入が有効かどうかの検証は重要であり、本分担任では、系統的レビューのプロトコールを作成した(付録1)。今後、研究費が継続できれば、コクラン系統的レビューでのタイトル登録または、妊娠中のうつ病に関する系



統的レビューを引き続き実施し、出版したい。

## F. 結論

産後うつ病の介入方法についてのコクランレビューのオーバービューレビューを作成した。産後うつ病に対する社会心理的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。しかし、妊娠うつ病に対する研究はまだ少なく、とくに予防に関して系統的レビューの作成が必要である。このオーバービューレビューは、社会心理的・心理的な予防・治療介入に関するエビデンスに基づいた最適な治療についての政策決定や、患者及び臨床家にとっての有効な指針ともなりうる。

## G. 引用文献・出典

1. Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of nervous and mental disease* 1998; 186(7): 420-4.
2. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1995; 166(2): 191-5.
3. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. Timing of depression recurrence in the first year after birth. *Journal of affective disorders* 2004; 78(3): 249-52.
4. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International review of psychiatry* 1996; 8(1): 37-54.
5. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry* 2000; 57(11): 1039-45.
6. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *Bmj* 1989; 298(6668): 223-6.
7. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006; 33(4): 323-31.
8. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006309. DOI: 10.1002/14651858.CD006309.pub2.
9. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
10. Dennis CL, Hodnett ED. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006116. DOI: 10.1002/14651858.CD006116.pub2.

## H. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

## I. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 付録 1

### **Psychosocial and psychological interventions for preventing antenatal depression: a protocol of systematic review and meta-analysis.**

#### **Background**

##### **Description of the condition**

Depression is projected to be the 2nd leading cause of disability by the year 2020 and the foremost cause in childbearing women<sup>1</sup>. With a lifetime prevalence of 1 to 15% across countries, a twofold increased risk in women compared to men, a high incidence of recurrence in pregnant women and short and long term effects on the infant, its extensive influence can be imagined<sup>2,3</sup>. A prevalence of 18.4% has been reported for maternal depression and a further 10.7% in the antenatal period<sup>4,5</sup>. Depression is characterised by symptoms such as persistent low mood, lack of pleasure, antisocial behaviours, suicidal thoughts and other negative symptoms<sup>5</sup>. The condition is generally associated with infant and maternal morbidities including suicide and/or self-harm, the incidence of which increases with depression severity<sup>6</sup>.

Depression during the antenatal period has also been shown to induce adverse maternal outcomes (eating disorders, and inadequate weight gain) and neonatal outcomes (prematurity, low birth weight, growth retardation), due to fluctuations in hormones and stress<sup>9,10</sup>. Antenatal depression predisposes to postpartum depression, hence, prevention during pregnancy can improve outcomes for mother and child. Effects of depression in the mother translate to short and long term negative effects on the health and development on the child<sup>11-13</sup>. A study showed a 1.28 significant likelihood of having depression at 18 in children from mothers who had antenatal depression<sup>13</sup>. It is noteworthy though that the under-reporting of maternal depression as a cause of maternal mortality masks the public health importance of the condition with potential far reaching effects on the family, nuclear and extended with resultant negative societal consequences<sup>13</sup>.

The aetiology of depression is multifactorial: hormonal, social (migrant status, physical abuse, lack of social support, stressful life events), physical (lifestyle changes while caring for children, withdrawal from hormonal treatments)<sup>1</sup>. A genetic component has also been suggested thus complicating management<sup>7,8</sup>. Varied management methods have been employed, this includes the use of drug based and non-drug-based interventions<sup>19</sup>. A lot of emphasis has been placed on treatment, with a dearth of studies on prevention, more so, psychological and psychosocial interventions. The use of psycho-based (psychosocial and psychological) interventions as an alternative or adjunct to antidepressants in the management of maternal depression is on the increase due to issues with compliance limitations and drug side effects<sup>14</sup>. Furthermore, psychosocial interventions have been proposed by the World Health Organisation as the first line of management for depression during pregnancy and breastfeeding, with antidepressant

therapy excluded<sup>20</sup>. Cochrane reviews have provided evidence on the effectiveness of psychosocial and psychological interventions in the treatment of ‘antenatal’ depression and the prevention and treatment of ‘postpartum’ depression<sup>15-17</sup> but not on prevention of antenatal depression. In the course of this review, we evaluate the effects of psychosocial and psychological interventions on prevention of antenatal depression.

## **Description of intervention**

This comprises interventions initiated prior to the disorder and aimed at eliminating occurrence or recurrence of the disorder. Providers of these interventions could be professionals or untrained.

### **1. Psychological interventions**

This comprises prevention methods aimed at facilitating changes in thought patterns in the affected individual; two forms are recognised, cognitive behavioural therapy and interpersonal psychotherapy. Both are time-based and aimed at controlling mood, function, thinking and behaviour.

Others are mindfulness-based cognitive therapy, psycho-education, clear communication, debriefing, positive psychology, psychotherapy, counselling, narrative therapy.

#### **Cognitive behaviour therapy**

Use of stepwise and evidence based strategies to effect changes in thought patterns, this translates to positive action and behaviour. The mothers learn to recognise and compare positive and negative thoughts and associated behaviour. In some cases, the use of images and imagination are employed, the mother is able to visualise and question thought patterns in terms of negative or positive results with a tendency to favour a positive result. The mother is as a result, able to make better choices and self regulate thought patterns. Assignments and practice projects are also used and active participation encouraged.

**Interpersonal psychotherapy** - Here, using a face-to-face approach, the affected is helped to evaluate and tackle problems in relationships with family members and the society.

### **1. Psychosocial interventions**

This includes supportive group interactions such as social networks or support groups and non-directive counselling.

**Non-directive counselling** - the affected is encouraged to talk freely while being listened to; the listener is also expected to show empathy sometimes involving the partner where available.

**Support groups or social networks** - people with similar experiences in the past or present, usually mothers with a history of depression serve as a source of mutual encouragement to other mothers with similar symptoms in a group. Different modes of communication are used to facilitate interactions among group members.

### **How the intervention might work**

Psychological and psychosocial interventions for the prevention of maternal depression are generally aimed at adjusting mental, emotional deficits in the affected. This in turn may help in the relief and/or actual cessation of symptoms. Usually care providers, both trained, partially trained or untrained are involved in administering or monitoring application of the intervention.

Psychological interventions help the affected individual to recognise and correct errors in thought processes, and develop the ability to cope with depression.

Psychosocial interventions focus on improving mental behaviour and function of the affected individual in relation to the society through support from care providers or groups with similar experiences<sup>5</sup>.

### **Why it is important to do this overview**

As a global burden, depression affects the mother and the child with extended effects on the family and society at large. It is important therefore, to clarify the effectiveness of psychosocial and psychological interventions for prevention of antepartum depression.

This condition is also associated with a high degree of relapse, hence, a need for information on the adequacy of prevention measures and follow-up evaluation in preventing antenatal depression.

Such information will prove helpful in policy-making decisions about optimal psychological and psychosocial prevention based on evidence on benefits and harms. It could also act as a useful resource to guide consumers and clinicians.

### **Objective**

The objective of this review is to evaluate the effects of all and specific psychological and psychosocial interventions compared with standard care on preventing antenatal depression in mothers.

We will also address:

1. Effect of specific psychosocial interventions
2. Effect of specific psychological interventions
3. Effect of intervention method (Individual versus grouped)